



RELATÓRIO E VOTO VISTA AO PROJETO DE LEI Nº 395/2019

Dispõe sobre o prazo para reembolso ao consumidor usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde, no Estado de Santa Catarina.

Autor: Deputado Volnei Weber

Relator de vistas: Deputado Dr. Vicente Caropreso

I - RELATÓRIO

A presente proposição legislativa, de autoria do Deputado Volnei Weber, dispõe sobre o prazo para reembolso ao consumidor usuário de planos e seguros privados de assistência à saúde no Estado de Santa Catarina.

A matéria foi admitida e aprovada no âmbito da Comissão de Constituição e Justiça em 19 de maio de 2020. Posteriormente, foi encaminhada à Comissão de Economia, Ciência, Tecnologia, Minas e Energia, onde foi aprovado o diligenciamento da proposta à Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRAMGE), conforme requerimento do Deputado Bruno Souza, na reunião realizada em 14 de julho de 2021 (pp. 12/13). No entanto, a diligência não foi respondida, tendo sido devolvida por decurso de prazo.

Em 16 de janeiro de 2023, ao término da 19ª Legislatura, a proposição foi arquivada em conformidade com o art. 183 do Regimento Interno. Contudo, com o início da 20ª Legislatura, voltou a tramitar em razão de pedido de desarquivamento formulado pelo Autor.

Após o desarquivamento, o Deputado Fabiano da Luz foi designado novo relator na Comissão de Economia, Ciência, Tecnologia, Minas e Energia, tendo seu relatório e voto aprovados em reunião realizada em 21 de junho de 2023.

Na sequência, o projeto foi encaminhado à Comissão de Saúde, onde, sob a relatoria do Deputado Edilson Massocco, recebeu relatório e voto pela aprovação em reunião realizada em 28 de fevereiro de 2024. Contudo, visando realizar um estudo mais aprofundado da matéria, solicitei vistas ao Projeto de Lei.

É o relatório.

II - VOTO

De acordo com o disposto nos arts. 144, III, e 209, III, do Regimento Interno deste Poder, compete a esta Comissão de Saúde analisar as proposições sob o prisma do **interesse público**, quanto aos campos temáticos ou áreas de atividade aludidos no art. 79 da mesma norma regimental.

A justificativa apresentada pelo Autor do projeto sustenta que a proposta visa "*garantir ao consumidor um prazo maior, dentro do limite razoável, para solicitação de reembolso de despesas médicas fora da rede conveniada*". Contudo, ao analisar a matéria no contexto da legislação vigente, verificamos que o tema já é amplamente regulamentado em âmbito federal, em especial pela **Lei nº 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde)** e pelas **resoluções normativas da Agência Nacional de**

Saúde Suplementar - ANS, órgão responsável por normatizar e fiscalizar o setor de saúde suplementar no Brasil. Paralelamente, aplicam-se dispositivos do próprio Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor. O projeto em questão perpassa todo esse universo legislativo.

Assim, identificamos no projeto uma inconstitucionalidade formal, posto que a **Constituição Federal, em seu art. 22, inciso I**, estabelece que compete **privativamente à União legislar sobre direito civil e comercial**, o que inclui normas sobre contratos de planos de saúde. Além disso, o **art. 24, XII, da CF**, determina que apenas a União e os Estados podem legislar concorrentemente sobre **proteção e defesa da saúde**, mas as normas estaduais devem respeitar os regulamentos federais.

O projeto interfere em contratos privados de planos de saúde e na regulamentação estabelecida pela **ANS**. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal -STF tem sido firme ao invalidar leis estaduais que tentam legislar sobre planos de saúde, pois desorganizam o sistema e invadem competência privativa da União.

Vejamos os julgados abaixo:

Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 7552,

AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI 8.880/2023 DO ESTADO DE ALAGOAS. PLANO DE SAÚDE. EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS POR NUTRICIONISTA. COBERTURA OBRIGATÓRIA. COMPETÊNCIA PRIVATIVA DA UNIÃO PARA LEGISLAR SOBRE DIREITO CIVIL E POLÍTICA DE SEGUROS (ARTIGO 22, INCISOS I E VII, CRFB). PRECEDENTE ESPECÍFICO DO PLENÁRIO. AÇÃO CONHECIDA E PEDIDO JULGADO PROCEDENTE.

1. O Supremo Tribunal Federal definiu interpretação jurídica no sentido da inconstitucionalidade de lei estadual que impõe, às operadores de plano de saúde, a cobertura de exames solicitados por nutricionista, por usurpação da competência privativa da União para legislar sobre direito civil e política de seguros (artigo 22, incisos I e VII, CRFB).

Precedente específico: ADI 7.376, rel. Min. Gilmar Mendes, Tribunal Pleno, DJe de 2/10/2023.

Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 7023

DIREITO CONSTITUCIONAL. DE SAÚDE AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE. LEI ESTADUAL QUE AMPLIA AS FORMAS DE PAGAMENTO DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E ODONTOLÓGICA. COMPETÊNCIA PRIVATIVA DA UNIÃO

1. Ação direta de inconstitucionalidade contra a Lei nº 9.444/2021, do Estado do Rio de Janeiro, que amplia as formas de pagamento dos planos privados de assistência à saúde e odontológica, sob pena de multa.

2. O Supremo Tribunal Federal possui entendimento de que lei estadual ou municipal que altera as obrigações contratuais entre planos de saúde e seus usuários configura usurpação da competência privativa da União para legislar sobre direito civil, comercial e política de seguros (art. 22, I e VII, CF). Precedentes.

3. Pedido julgado procedente para declarar a inconstitucionalidade da Lei nº 9.444/2021, do Estado do Rio de Janeiro, por violação ao art. 22, I e VII, da CF. Fixação da seguinte tese de julgamento: "É inconstitucional lei estadual que amplia as formas de pagamento dos planos privados de

assistência à saúde, individuais ou coletivos, por violação à competência privativa da União para legislar sobre a matéria”.

Quanto ao mérito do projeto, informamos que o instituto do reembolso é uma prática excepcional na operação dos planos de saúde, já que a operadora deve assegurar rede suficiente para prestação da saúde de seus beneficiários. Enquanto medida excepcional, os reembolsos estão submetidos às normas da ANS, seja quanto aos respectivos prazos para sua ocorrência, seja quanto às condições para que haja incidência do direito ao mesmo.

O artigo 2º do projeto prevê que *“As operadoras de que trata esta Lei deverão reembolsar o usuário sempre que este arcar pessoalmente com despesas médicas fora da rede conveniada”*, evidenciando a amplitude preocupante da norma, que não foi abordada em nenhuma das análises desta Casa.

Ora, o dispositivo não estabelece qualquer critério ou restrição para que o consumidor realize tais despesas fora da rede conveniada, conferindo-lhe total liberdade para fazê-lo, sem qualquer controle.

No entanto, a matéria já é regulamentada pela **Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS**, que *“Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde”*, que em seu artigo 10, disciplina as situações em que o reembolso deve ocorrer.

Vejamos abaixo:

Art. 10. Na hipótese de descumprimento do disposto nos arts. 4º, 5º ou 6º, caso o beneficiário seja obrigado a pagar os custos do atendimento, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente no prazo de até trinta dias, contado da data da solicitação de reembolso, inclusive as despesas com transporte.

§ 1º Para todos os produtos que prevejam a opção de acesso a livre escolha de prestadores, o reembolso será efetuado nos limites do estabelecido contratualmente.

§ 2º Nos produtos onde haja previsão de acesso a livre escolha de prestadores, quando o procedimento solicitado pelo beneficiário não estiver disposto na cláusula de reembolso ou quando não houver previsão contratual de tabela de reembolso, deverá ser observada a regra disposta no caput deste artigo.

§ 3º Nos contratos com previsão de cláusula de coparticipação, este valor poderá ser deduzido do reembolso pago ao beneficiário.

§ 4º Nas hipóteses em que existe responsabilidade da operadora em transportar o beneficiário, caso este seja obrigado a arcar com as despesas de transporte, a operadora deverá reembolsá-lo integralmente.

Em resumo, nos termos dos artigos 4º, 5º e 6º da referida norma, o reembolso só é exigível quando a operadora não disponibiliza prestadores suficientes para garantir o atendimento assistencial, conforme previsto na Lei nº 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde).

Assim, ao desconsiderar os critérios estabelecidos pela legislação federal e permitir o reembolso sem qualquer exigência, o projeto desorganiza a regulação do setor de saúde suplementar, podendo impactar diretamente a sustentabilidade econômica das operadoras e, conseqüentemente, refletir em reajustes que penalizam os próprios consumidores.

Da análise do artigo 3º do projeto, este diz que "O beneficiário do plano de saúde deverá solicitar eventual reembolso no prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, a partir da efetiva realização da despesa", contudo é preciso traçar algumas diferenças sobre os prazos de solicitação e de pronto pagamento.

À primeira vista, a medida pode parecer benéfica ao consumidor, sob o argumento de que estabelece um prazo claro para a solicitação do reembolso. No entanto, uma análise mais aprofundada revela que a proposta na verdade reduz significativamente o prazo que o beneficiário tem atualmente, resultando em um impacto negativo para os usuários de planos de saúde.

A legislação vigente já prevê **dois prazos distintos** relacionados ao reembolso de despesas médicas.

O primeiro é o **prazo de 30 dias** estabelecido pelo artigo 10º da **Resolução Normativa nº 566/2022 da ANS (Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde)**, que determina o período máximo para que as operadoras efetuem o pagamento **após a solicitação do beneficiário**, desde que observadas as condições contratuais e regulatórias aplicáveis.

O segundo prazo relevante é o previsto no **Código Civil, em seu artigo 206, §3º, IV**, que estabelece um prazo de **três anos** para ações de ressarcimento por enriquecimento sem causa, abrangendo pedidos de reembolso não atendidos administrativamente.

Assim, ao restringir o prazo de solicitação de reembolso a **apenas 180 dias**, o projeto impõe uma limitação indevida ao direito do consumidor, reduzindo sua proteção e contrariando a legislação vigente. Na prática, muitos beneficiários podem perder o prazo para solicitação, resultando em negativas de reembolso e maior judicialização contra as operadoras, o que vai na contramão do propósito de proteção ao usuário de planos de saúde.

Ante o exposto, no âmbito deste órgão fracionário, considero que o projeto é contrário ao interesse da coletividade, e voto, com fundamento nos arts. 144, III, e 209, III, do RIALESC, pela **REJEIÇÃO do Projeto de Lei nº 395/2019**.

Sala das Comissões,

Deputado Dr. Vicente Caropreso
Relator



ELEGIS
Sistema de Processo
Legislativo Eletrônico

Documento assinado eletronicamente por **Vicente Augusto Caropreso**, em 25/02/2025, às 16:45.
